

BEOBACHTUNGEN
ZUR WEITERENTWICKLUNG
NEUROTISCHER KINDER

Sigrid Rosenbauer-Willeitner

1961



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Kinderklinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. Wiskott

BEOBACHTUNGEN ZUR WEITERENTWICKLUNG NEUROTISCHER KINDER

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München vorgelegt
von Sigrid Rosenbauer-Willeitner aus Bergzabern (Rheinpfalz)

München 1961



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

BERICHTERSTATTER:

Frau Doz. Dr. v. Berlin

MITBERICHTERSTATTER:

Prof. Dr. Wiskott

DEKAN:

Prof. Dr. Dr. H. Eyer

TAG DER MÜNDLICHEN PRÜFUNG:

9. Mai 1961

Die Neurosen haben in den Jahren seit dem letzten Weltkrieg mehr und mehr Beachtung erlangt. Sie sind neben den Infektionskrankheiten und Avitaminosen zu den häufigst diagnostizierten Krankheiten geworden, wohl deswegen, weil einmal die psychischen Störungen heute relativ häufig auftreten, zum andern aber auch der Blick auf dieses Krankheitsbild durch die spezifische Neurosenforschung geschärft wurde. Nach Weizsäcker geht fast jedes organische Leiden mit einer psychischen Störung einher (1). Die Bedeutung des psychischen Momentes ergibt sich daraus, daß einerseits ein körperliches Leiden der Neurose zum Ausbruch verhelfen kann, andererseits aber auch ein diagnostiziertes organisches Leiden lediglich Ausdruck einer zugrunde liegenden psychischen Störung sein kann.

Bei den Neurosen handelt es sich einmal um eine Entgleisung des vegetativen Nervensystems bei der Verarbeitung eines Affektes oder um den geäußerten Konflikt, der aus der behinderten Befriedigung eines Triebes entstanden ist. Sobald diese Störung durch Psychotherapie oder spontanen Heilungsprozeß behoben ist, ist bei einer Organneurose auch jede Störung im leiblichen Bereich verschwunden, da dieser strukturell unverändert bleibt (2). Es handelt sich also um eine funktionelle Erkrankung und nicht um eine strukturelle Zerstörung.

Der Begriff der Neurose erhielt seine genaueren Umriss durch die Arbeiten von Freud, auf die sich die heutige Auffassung im wesentlichen gründet. Die Kritik an Freuds (3) Definition und Einteilung der Neurose hat zu unserer heutigen, etwas geänderten Meinung geführt.

Schultz-Hencke unterteilt den neurotischen Formenkreis in schizoide, depressive, anankastische und hysterische Neurosen (4). J. H. Schulz gibt eine Klassifikation der Neurosen, welche sich darauf gründet, wo das „entscheidende psychologische Quellgebiet“ der Neurose liegt (5). Er unterscheidet vier Grundformen:

1. Exogene Fremdneurosen,
2. Physiogene Randneurosen,
3. Psychogene Schichtneurosen,
4. Charakterogene Kernneurosen.

Die als neurotische Symptomatik auftretende Regulationsstörung ist Ausdruck einer akuten oder chronischen Funktionsstörung des Vegetativums bei der Verarbeitung einer psychischen Belastung. In den meisten Fällen wird ein solches Versagen von mehreren endogenen und exogenen Faktoren verursacht, man spricht auch vom ätiologischen Summeneffekt. Die zugrunde liegende Entwicklungsstörung muß wohl als um so stärker angesehen werden, je geringer der exogene Faktor ist, der zur Auslösung der neurotischen Symptome führt.

In der Pädiatrie wird hinsichtlich der neurotischen Symptomatik der jeweiligen organischen Manifestation besondere Beachtung geschenkt. Äußern sich diese Konflikte der Psyche isoliert im Bereich einzelner Körperorgane, so treten Funktionsstörungen des betreffenden Organs auf, man

spricht von Organneurosen. Die Organwahl kann je nach entwickeltem Organbewußtsein erfolgen, so bei den älteren Kindern, die schon ein bestimmtes Vorstellungsvermögen haben; die Wahl des Organs kann aber auch einen Ort mangelnden Widerstandes aufzeigen; Freud spricht vom somatischen Entgegenkommen der Organe.

Neurotische Symptomatik manifestiert sich, wie erwähnt, am häufigsten im Vegetativen. Das vegetative Nervensystem nimmt eine Mittelstellung zwischen Psyche und Soma ein (6).

Es regelt die rasche Anpassung an die Bedürfnisse der Innenwelt und an die Veränderungen der Außenwelt. Man nimmt heute an, daß das Vegetativum seinen Sitz im Stammhirn hat, und bezeichnet dieses auch als die psychosomatische Hauptschaltstelle. Sowohl somatische als auch psychische Störungen können also zusammen mit vegetativen Symptomen in Erscheinung treten. Die Annahme einer Disposition zur Neurose im Kindesalter wird durch Untersuchungen über die vegetative Einstellung des kindlichen Organismus gestützt. Nach Eppinger und Hess (2) gliedert sich das vegetative Nervensystem in einen ergotropen und einen trophotropen Anteil. Der ergotrope übernimmt die Anpassung an die Bedürfnisse der Außenwelt, der trophotrope ist für die innere Ordnung des Organismus verantwortlich. Im Laufe seiner Entwicklung muß sich nun das Kind vom parasympathischen (trophotropen) auf das sympathische (ergotrope) System umstellen. Dabei kann, besonders in Zeiten erhöhten Wachstums, die Anpassung des Vegetativums an die übrige Entwicklung oft nicht Schritt halten, die vegetativen Reaktionen auf irgendeine Belastung werden inadäquat, man spricht von vegetativer Labilität.

Zu dieser Umstellung des Vegetativums gesellt sich als weiterer endogener Faktor die abnorme Veranlagung des Nervensystems. Diese äußert sich darin, daß die körperlich-sinnlichen oder seelisch-emotionellen Reize, die das Nervensystem treffen, infolge einer veränderten Reizschwelle eine Reaktion auslösen, die sich von derjenigen nervengesunder Kinder durch ihre Intensität, Nachdauer und Einwirkung auf das Gemütsleben unterscheidet. In dieser großen Responsabilität des Nervensystems ist wohl ein positives Moment der Neurose zu erblicken, denn solche Kinder fallen oft durch ungewöhnliche intellektuelle oder künstlerische Leistungen auf.

Nach kinderärztlicher Auffassung wird die Neuropathie von der Psychopathie unterschieden. Bei der Neuropathie handelt es sich um Funktionsanomalien des Nervensystems, die vorwiegend auf erblicher Veranlagung entstehen. Auf dem Boden der Neuropathie entwickeln sich die neurotischen Mechanismen, deren Entstehung stark von Umwelteinflüssen abhängt (7). Unter Psychopathie versteht die Kinderheilkunde anlagemäßige Spielarten des seelisch-geistigen Verhaltens.

Hamburger bezeichnet die Neurosen als „anthropogene Krankheiten“, da Neurosen, wie er sagt, durch Reize bedingt werden, die von anderen Menschen ausgehen (8).

Bei der Therapie der Neurose müssen daher sowohl körperliche Erscheinungen als auch die seelischen Funktionen und der Lebensraum des Kindes beachtet werden. Naturgemäß ist in seiner Umgebung die Mutter die wichtigste Person. Eine der häufigsten Ursachen in der Entstehung von Kinderneurosen ist darum eine Störung der Kind-Mutter-Beziehung. So findet sich eine neurotische Struktur des Kindes bei Fehlverhaltensweisen der Mutter, wenn die Mutter nicht in der Lage ist, Liebe abzugeben, oder den Aufgaben der Erziehung nicht gewachsen ist. Auch die Vernachlässigung der Erziehung aus Zeitmangel ist heute zu einem aktuellen Problem geworden, da die Zahl der berufstätigen Mütter ständig wächst und die Interessen der jungen Frauen sich nicht mehr nur auf die Familie beschränken. Die mutterlose Erziehung führt jedoch zu einer Verkümmern der Gemütswerte und damit zu mangelhaftem Anschluß an die Gemeinschaft (7).

Ähnliche Konflikte ergeben sich aus der Beziehung zwischen Kind und Vater. Ebenso wie das Fehlen an mütterlicher Liebe kann ein Mangel an väterlicher Autorität und selbstverständlich auch Liebe die Beziehung des Kindes zu seiner Umwelt beeinträchtigen. Die vaterlose Erziehung entzieht dem Kind sein Lebensideal, denn den Glauben an sich selbst und an die großen überpersönlichen Mächte baut es sich über das väterliche Vorbild auf (7).

Eine weitere Voraussetzung für das seelische Gleichgewicht des Kindes ist eine festgefügte unmittelbare Umgebung. Nur das Gefühl des Geborgen-seins in einer harmonischen echten Familiengemeinschaft kann dem Kind die notwendige Sicherheit geben, die es zur Entfaltung seiner Persönlichkeit braucht.

Anlaß zu Konflikten bieten auch die Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe und seine Bevorzugung oder Benachteiligung gegenüber seinen Brüdern und Schwestern. Die von den Eltern aufgebaute Ordnung wird unter Umständen durch falsche Erziehungsversuche von weiteren Mitgliedern der Familiengemeinschaft gestört. Auch die gesellschaftliche und wirtschaftliche Stellung der Familie, ihre Lebensform und ihr Bildungsgrad prägen die Art und das Ziel der Erziehung. Ebenso werden diese von der Beziehung der Familie zu den Glaubensbekenntnissen, von ihrer politischen Einstellung und national-rassistischer Zugehörigkeit bestimmt.

Aber nicht nur der engste Lebensraum des Kindes, Familie und Milieu, sondern auch die weitere Umwelt wirkt ständig auf den kindlichen Organismus ein und kann zu Störungen führen, wenn die psychische Verarbeitungsmöglichkeit oder Reife des Kindes überfordert wird. So beeinflusst die heutige Welt der Erwachsenen, ihre Unruhe und Hast, das Kind – und besonders das Großstadtkind – mit einer Reizintensität und Reizhäufigkeit, der es nicht gewachsen sein kann. Der Straßenverkehr mit seinen mannigfaltigen Gefahrenmomenten, die akustischen und optischen Reize, wie Lärm, Lichterfülle und Reklame in den Städten, könnten sich in verschiede-

ner Hinsicht verhängnisvoll auf die kindliche Psyche auswirken, da sie eine Ablenkung, die Vortäuschung einer falschen Wirklichkeit oder die Schilderung einer Realität, die der moralischen Reife des Kindes nicht entspricht, darstellen. Ebensoviel Schaden können Kino, Rundfunk, Fernsehen und schlechte Literatur anrichten. Die Schulkinder werden dazu noch durch die ungünstigen Schulverhältnisse überbeansprucht. Raumnot und Lehrermangel bedingen die zu große Klassenstärke und den Schichtunterricht, die dem Organismus und der Psyche, wie bekannt, ein Übermaß an Energie abverlangen (9). Auch die mangelnde Ernährung hat auf das Krankheitsgeschehen einen gewissen Einfluß. Wie zu erwarten war, brachte jedoch die satte Zeit nach der Währungsreform mit ihrer Zunahme der Problematik auch eine Zunahme der Neurosen.

In vorliegender Studie wurde versucht, die wesentlichen Symptome der kindlichen Neurose darzustellen und ihre Heilungsaussichten bzw. die Möglichkeit der Umwandlung ihrer einzelnen Manifestationen im Laufe der kindlichen Entwicklung zu überprüfen. Wie bereits nachgewiesen, sollte zusätzlich auch hier bestätigt werden, daß eine Organneurose nicht mit einer echten organischen Schädigung einhergeht. Ferner wurde dem Problem der Alterwendigkeit der einzelnen nervösen Symptome nachgegangen.

Der Arbeit liegt ein Querschnitt von 260 jugendlichen Patienten, die in den Jahren 1951/52 in der poliklinischen Sprechstunde der Universitätskinderklinik München untersucht und behandelt wurden, zugrunde.

Die einheitliche Diagnostik und Therapie ist dadurch gesichert, daß die Untersuchung in Händen von erfahrenen und mit den Gepflogenheiten der Klinik vertrauten Ärzten lag.

Erwähnenswert ist, daß die Kranken aus den mittleren und ärmeren Bevölkerungsschichten der Großstadt kommen und die Berufstätigkeit der Mütter mit 70–80% angenommen werden kann. Das Milieu darf also als ziemlich gleichartig angesehen werden. Zur Nachuntersuchung dieser Kinder wurde ein Intervall von sieben Jahren gewählt, weil man hoffen durfte, nach dieser verhältnismäßig kurzen Zeit noch relativ viele Patienten erfassen zu können, deren Auffinden in einer bombengeschädigten Großstadt heute durch den raschen Wohnungswechsel anläßlich des Wiederaufbaues erheblich erschwert wird.

Man sieht dies allein daraus, daß von 800 im Jahre 1958 an die Eltern solcher Kinder ausgesandten Fragebogen (siehe Abb. 2 Muster) nur 260 gewissenhaft beantwortet wurden und überprüft werden konnten.

Es fanden sich in dem der Arbeit zugrunde liegenden Krankengut alle in der Kinderheilkunde für die Neurosen bekannten Symptome. So die reizbare Schwäche des Nervensystems, die Neurasthenie, die sich häufig schon im frühen Säuglingsalter manifestiert. Dabei fällt die Nervosität und Sensibilität des Kindes auf, die geringe Schlaftiefe sowie die Ängstlichkeit. Dazu gesellt sich oft motorische Unruhe mit Zappeligkeit und ticartigen

Bewegungen, die von den Eltern meist als Zuckungen bezeichnet werden, aber nichts mit echten Kloni gemeinsam haben. Auch Still- und Ablaktationsschwierigkeiten, habituelles Erbrechen, Übelkeit, pseudodyspeptische Stühle und Appetitlosigkeit gehören zu diesem Krankheitsbild. Die abnorme Erregbarkeit führt zu Schrei- und Wutanfällen und zu respiratorischen Affektkrämpfen. Bekannt sind ferner die Furcht- und Angstzustände, die als Teilsymptome einer Neuropathie in Erscheinung treten können. Bei geringer Schlaftiefe schrecken die Kinder aus furchterregenden Träumen (Pavor nocturnus) auf oder wandeln im Schlaf umher. Häufig äußern sich neurotische Störungen an bestimmten Organen. Solche sich organisch äußernden Neurosen sind Nabelkoliken, das sind rezidivierende, Minuten bis Stunden anhaltende Schmerzen in der Nabelgegend, Kopfschmerzen und Erbrechen. Charakteristisch ist, daß diese Beschwerden bei Schulkindern an Sonn- und Ferientagen meist ausbleiben. Auch Enuresis diurna und nocturna sowie Enkopresis treten relativ häufig in Erscheinung.

Weitere Ausdrucksweisen psychoreaktiver Störungen sind Tics, wie Nägelbeißen, Lutschen, Kratzen, Nasenbohren, Haarausreißen usw. Im Schulalter gelten geistige und körperliche Ermüdbarkeit und ihre Folgen, wie Gedächtnisschwäche, Unaufmerksamkeit, Konzentrationsschwäche und Überempfindlichkeit bei körperlicher Belastung, als Hinweise auf eine bestehende Neurose. Durch falsche Erziehungsversuche können in solchen Fällen noch größere Konflikte herbeigeführt werden, weil die Kinder zuweilen versuchen, durch Handlungen, die als moralisch minderwertig betrachtet werden (Lügen, Stehlen usw.), den Erwachsenen Leistungen vorzuspiegeln, um den an sie gestellten Anforderungen nach außen zu genügen. Zu diesem mit ihrem Charakter oft gar nicht zu vereinbarenden Verhalten können sie aber auch aus einem Stadium der Übermüdung, des Minderwertigkeitsgefühls und der Verzweiflung heraus getrieben werden. Psychische Schwierigkeiten werden oft durch Stottern offenbart. Nicht zuletzt sei auf das besonders häufige und auffällige Symptom der Vasolabilität hingewiesen, welches sich in Ohnmachten, accidentellen Herzgeräuschen, Schweißneigung, Dermographismus, raschem Wechsel der Hautfarbe u. a. bereits oben angeführten Syndromen äußert (10). Ganz allgemein zeichnen sich solche Kinder durch eine enorme Geltungssucht und übergroße Verletzlichkeit der Psyche aus (6, 11).

Zunächst interessierte nun, wie viele der 1951/52 untersuchten Kinder ausgeheilt wurden (als ausgeheilt wurden in dieser Arbeit diejenigen Kinder bezeichnet, die im Untersuchungsjahr 1958 keinerlei neurotische Symptomatik mehr boten) und warum – wie sich im Verlauf der Nachuntersuchung zeigte – Verlauf und Prognose im einzelnen so verschiedenartig sind. Um der Frage näherzukommen, wurden die jeweiligen Haupt- und Nebensymptome, die zu einem Krankheitsfall gehören, studiert und deren etwaige Veränderungen im Laufe der Jahre an Hand der 260 beantworteten Fragebogen überprüft. Die Untersuchung ergab, daß sich diese Kinder

heute in vier Gruppen einteilen lassen. Nämlich in Ausgeheilte (Gruppe Ia), zu ihnen gehören 99 der 260 Kinder. 20 Kinder, die heute nur noch Konzentrationsschwäche und Zappeligkeit zeigen (Gruppe Ib), dürften wohl als fast geheilt betrachtet werden. Vasolabilität und nervöse Störungen waren 1958 bei 63 der nachuntersuchten Kinder (Gruppe II) zu finden. Bei 66 Kindern wird heute das nervöse Leiden auf ein Organ projiziert (Gruppe III), und 12 Eltern geben eine echte Organerkrankung ihres Kindes an (Gruppe IV). Einer Einbestellung zur Nachuntersuchung leisteten nur vier Kinder dieser letzten Gruppe Folge. Bei ihnen aber konnte mit Sicherheit ein echtes Organleiden ausgeschlossen werden, wie folgender Auszug aus deren Krankengeschichten zeigt:

Fall 1:

Helmer H., geboren 1942, machte als Säugling eine Pylorusstenose durch. Er wurde mit 9 Jahren in der ambulanten Sprechstunde wegen Kopfschmerzen, die sich besonders morgens beim Aufstehen verstärkten, vorgestellt. Das Kind bot die Zeichen einer abnormen Vasolabilität. Der Lordoseversuch fiel positiv aus. Herz und Lunge waren röntgenologisch o. B. EKG und Belastungs-EKG waren normal. Es konnte klinisch kein anatomisch greifbarer pathologischer Befund erhoben werden. Die Diagnose lautete: Schwere vegetative Neuropathie.

Therapie: Prolangierte Belleralkur. Bei der katamnestischen Nachuntersuchung gibt der Patient jetzt Herzklopfen und Herzschmerzen an, die hauptsächlich nach körperlicher Anstrengung auftreten. Die klinische Durchuntersuchung schloß wiederum ein organisches Leiden aus. EKG und Auskultationsbefund waren völlig normal. Ein organischer Herzfehler liegt also nicht vor.

Fall 2:

Bruno W., heute 13 Jahre alt, erschien mit 6 Jahren wegen starken Farbwechsels, auffallender Augenringe, Schulumüdigkeit und Appetitlosigkeit in der medizinischen Ambulanz. Das Kind bot die Stigmen vegetativer Dystonie, der Lordoseversuch war negativ. Es wurde ein systolisches Geräusch über der Aorta und ein unreiner I. Pulmonalton festgestellt. Da das Herzgeräusch je nach Lage stark wechselte, im EKG kein pathologischer Befund erhoben wurde und keine Dekompensationszeichen nachweisbar waren, wurde das Herzgeräusch als accidentell aufgefaßt. Auch die weiteren klinischen Untersuchungen zeigten keinen pathologischen Organbefund.

Die Diagnose lautete: Vasolabile Neuropathie. Therapie: Prolangierte Belleralkur. Bei der katamnestischen Nachuntersuchung wurde uns schriftlich mitgeteilt, daß das Kind an Herzbeschwerden leide. Es war 1957 in einem Kreiskrankenhaus. Dort wurden ein Systolicum über der Herzspitze, eine unauffällige Herzfigur und ein EKG ohne pathologischen Befund erhoben. Patient wurde als nervöser Knabe bezeichnet. Auf Einbestellung kommt das Kind jetzt zur Untersuchung und klagt über Bauchschmerzen, Erbrechen, Appetitlosigkeit und Müdigkeit. Die Beschwerden treten nur in der Schulzeit, nicht in den Ferien auf. Außerdem habe er öfters Herzbeschwerden. Jetziger Befund: Leises Systolicum über der Aorta, respiratorische Arrhythmie. RR 105/65 – EKG in Standard und Brustwandableitung sowie nach Belastung völlig normal. Somit dürfte ein organisches Herzleiden wohl ausgeschlossen sein. Auch die übrigen Organuntersuchungen zeigten keinen pathologischen Befund.

Fall 3:

Der jetzt 10 Jahre alte Heinz H. wurde uns zum ersten Mal als Säugling vorgestellt. Die Mutter klagte über Nahrungsverweigerung und starke Unruhe des Kindes. Mit 2 Jahren erschien Heinz wiederum wegen Appetitlosigkeit in der Sprechstunde, außerdem klagte

er über starke Bauchschmerzen. Nach 2jähriger Pause wurde das Kind nochmals wegen allmorgendlichem Erbrechen und hochgradiger Magerkeit gebracht. Bei allen Durchuntersuchungen wurde klinisch kein pathologischer Organbefund erhoben. Die Diagnose lautete: Vasolabile Neuropathie. Eine vorübergehende Besserung wurde durch einen sechswöchigen Erholungsaufenthalt erreicht. Bei einer erneuten Vorstellung mit 6 Jahren wurde ein raues Systolicum über allen Ostien, das nach Belastung verschwand, festgestellt, daneben eine Betonung des II. Pulmonaltones. Puls und Blutdruck waren normal. Das EKG zeigte eine angedeutete ST Senkung in Abl. II und III, die aber bei der Tachycardie von 110 nicht als pathologisch zu werten ist. Die Kreislauffunktionsprüfung nach Schellong zeigte deutliche Zeichen einer vegetativen Dystonie. Eine spätere Wiederholung der Herzuntersuchung brachte ein normales EKG. Therapie: Bellergal und hydrotherapeutische Maßnahmen. Auf Grund der Fragebogenuntersuchung gibt der Patient jetzt ein Herzleiden an. Eine klinische Nachuntersuchung konnte es nicht bestätigen. EKG und Herzfigur waren normal, es bestanden keine Dekompensationszeichen. Über der Herzspitze wurde ein accidentelles Geräusch beim Liegen und Sitzen, das diesmal nach Lagewechsel nicht verschwand, abgehört. Der pathologische Auskultationsbefund über dem Herzen ist somit keinesfalls als sicher organbedingt anzusehen.

Fall 4:

Die 8jährige Eveline F. kam mit 1 $\frac{1}{2}$ Jahren wegen Appetitlosigkeit und Blässe in die Ambulanz. Die Mutter gab außerdem an, daß das Kind bei der Großmutter lebe und von ihr sehr verzogen würde. Eine klinische Durchuntersuchung bot außer einer auffallenden Magerkeit und Blässe keinen pathologischen, anatomisch greifbaren Befund. Es wurde die Diagnose Anorexie bei Dyspædieusis gestellt und entsprechende Erziehungsratschläge gegeben. Auf Grund der Fragebogenuntersuchung wurde von den Eltern jetzt eine Herzkrankheit angegeben. Eine Nachuntersuchung, die von der Hausärztin vorgenommen wurde, ergab folgenden Befund: Röntgenologisch etwas schlaffes, linksverbreitertes Herz. EKG bei Standardaufnahme T₃ negativ, bei Belastung T₃ und ST₃ leicht gesenkt. Bei Brustwandableitung mangelnde S Negativität in I und II. Auch hier ist somit mit großer Wahrscheinlichkeit ein organischer Herzbefund auszuschließen.

Die Ausheilung einer Neurose dürfte wohl als Zeichen eines leichteren Falles gewertet werden, da Behandlung und Milieu, wie erwähnt, bei allen Kindern etwa übereinstimmt.

Will man die Zahl der Symptome im Einzelfall als Gradmesser für die Schwere der Neurose nehmen, so waren die Neurosen, als die Kinder 1951/52 erstmals in die Sprechstunde kamen, in allen vier Gruppen gleich stark ausgeprägt, wie aus folgender Auszählung hervorgeht. Unter den heute völlig ausgeheilten Kindern hatten 25 Kinder nur ein Symptom zu bieten, 35 zeigten zwei, 26 wiesen drei Symptome auf, 10 vier, 2 fünf und 1 sechs. Diejenigen Kinder, die heute nur noch Konzentrationsschwäche und Zappeligkeit zeigen, stellten sich damals folgendermaßen dar: 7 Fälle boten ein Symptom, 7 zwei, 4 drei, 1 vier und 1 fünf. Bei den Kindern, die heute nervöse Störungen bieten, fand man 18 Fälle mit nur einem Symptom, 15 mit zwei, 20 mit drei, 7 mit vier und 3 mit fünf Symptomen. In der Gruppe der Kinder, die heute noch Organneurosen aufweisen, waren 22 Fälle mit einem Symptom, 25 mit zwei, 22 mit drei, 8 mit vier und 1 mit fünf Symptomen.

In einem einfacheren Verhältnis ausgedrückt, ergeben sich für alle Gruppen annähernd die gleichen Werte, nämlich

für die Gruppe	Ia	5:7:5:2;
für die Gruppe	Ib	5:5:3:1;
für die Gruppe	II	5:5:4:2; und
für die Gruppen	III	
	und IV	5:6:5:2.

Offensichtlich kann also nicht die Anzahl der Symptome jedes einzelnen Neurosefalles als Ausdruck seines Schweregrades gewertet werden (vgl. Tab. 1).

Man könnte vielleicht glauben, daß die Symptomkonstellation, also die Zusammensetzung der Symptome im Einzelfall, eine Erklärung für die wechselnde Heilungstendenz biete. Auch dieser Frage wurde nachgegangen. Dabei wurde beobachtet, ob früher rein nervöse Störungen vorhanden waren oder auch solche, die sich organisch gerichtet manifestierten (Organneurosen). Es wurde von der Annahme ausgegangen, daß vielleicht die Organneurosen als schwerere Form der kindlichen Neurosen anzusehen seien und vornehmlich zu den nicht ausgeheilten Fällen zählen. Die Nachuntersuchung widerlegt jedoch diese Auffassung: denn bei den im Jahre 1958 völlig geheilten, also retrospektiv leichter kranken Kindern betrug das Verhältnis von primär nur nervösen Kranken und solchen, bei denen sich das Leiden schon früher auf ein Organ bezog, 53:46; bei den zappeligen und konzentrationschwachen Kindern findet man ein Verhältnis von 14:6; bei den nur nervösen Kindern ein solches von 38:25 und bei den Kindern, die heute ein nervöses Organleiden aufweisen, war das Verhältnis 1951/52 33:45 (vgl. Tab. 1).

Eine entscheidende Rolle für den Verlauf der Krankheit und deren Heilungsaussichten spielt, wie sich erkennen ließ, das Alter, in dem beim Kind die Neurose auftritt. In der vorliegenden Arbeit wurden die Kinder in drei Altersstufen eingeteilt. Die erste Stufe umfaßt die Patienten vom 1. bis zum vollendeten 5. Lebensjahr, die zweite vom 6. bis zum vollendeten 8. und die dritte vom 9. bis zum vollendeten 14. Lebensjahr. Es zeigt sich nun, daß die Schulkinder, die 1951 wegen einer Neurose in Behandlung kamen, eine bedeutend günstigere Aussicht auf Heilung aufwiesen als die erkrankten Kleinkinder. Dabei haben die jüngeren Schulkinder gleich gute Heilungschancen wie die älteren Schulkinder. Dieses Ergebnis war nicht ohne weiteres zu erwarten, haben die seinerzeit 9- bis 14jährigen doch heute – also zur Zeit der Nachuntersuchung – die Pubertät schon überwunden, während die damals 6- bis 8jährigen gerade zur Zeit der Nachuntersuchung den Belastungen dieser Entwicklungsphase ausgesetzt waren. Somit kann die gute Heilungstendenz der älteren Schulkindergruppe nicht ohne weiteres etwa auf die Überwindung der eine Neurose nicht selten erst auslösenden oder fördernden Pubertät geschoben werden (vgl. Abb. 3). Von den 99 geheilten Kindern waren 81 Schulkinder und nur 18 Kleinkinder.

Die Untersuchung zeigt, wie erwähnt, daß von den 260 Patienten 99 völlig geheilt werden konnten und fernerhin, daß eine Heilung bei allen Symptomkonstellationen möglich ist (s. Gruppe Ia, Tab. 1). Die Ergebnisse, die sich bei der Auswertung der ausgeheilten Gruppe ergaben, werden durch diejenigen, die eine Untersuchung der nahezu ausgeheilten Gruppe Ib zeigte, bestätigt. Die Kinder dieser Gruppe (20 Kinder) zeigen heute lediglich noch Konzentrationsschwäche und Zappeligkeit (s. Gruppe Ib, Tab. 1). Bei den Kindern, die heute noch unter stärkeren, rein nervösen Beschwerden leiden (s. Gruppe II, Tab. 1), fällt zunächst auf, daß in einigen Fällen eine Zunahme der Symptome auftrat, außerdem haben sich aber auch die Symptome als solche verändert.

Vielleicht wurde hier durch die Therapie wohl eine gewisse, vorübergehende Besserung erzielt, da ja die ursprünglichen Symptome der Neurose beseitigt wurden, das eigentliche Ziel aber der Therapie, nämlich die völlige Heilung, wurde nicht erreicht, da die Krankheit teils in neue Symptome ausgewichen ist, wobei es sich allerdings in manchen Fällen lediglich um einen Übergang in die für das zunehmende Alter des heranwachsenden Kindes entsprechende Krankheitszeichen handelt (s. Gruppe III, Tab. 1).

Da es interessierte, ob das Auftreten vegetativer Dysfunktion ein Anzeichen für eine besonders schwere Form der Neurose ist, wurde versucht, auch dieser Frage im einzelnen nachzugehen. Die Diagnose „vegetative Dysfunktion“ oder „vasoneurotische Diathese“ wurde nur gestellt, wenn mindestens drei für sie charakteristische Symptome vorhanden waren. Hierbei wurde geachtet auf abnormen Farbwechsel, Dermographismus, Neigung zu Schwitzen, gesteigerte Sehnenreflexe, positives Facialispänomen, respiratorische Arrhythmie usf. Da die vasolabilen Störungen stark im Vordergrund standen, wurde der Zustand kurz als „Vasolabilität“ bezeichnet.

Diejenigen neuropathischen Kinder, die gleichzeitig Zeichen einer vegetativen Dysfunktion aufwiesen, wurden zu diesem Zweck als Sondergruppe geprüft. Das Verschwinden oder Neuauftauchen von vasoneurotischer Diathese ist freilich an Hand einer Fragebogenkatamnese nur schwer exakt faßbar, da das einzige, den Eltern wirklich ins Auge fallende Symptom der Farbwechsel ist. Dennoch wurde das Krankengut dahingehend untersucht und zeigte lediglich das allerdings mit Vorsicht zu bewertende Ergebnis, daß von den ursprünglich vasolabilen Kindern ungefähr 50% heute nicht mehr vegetativ stigmatisiert sind, während von den anfänglich nicht vasolabilen Kindern heute $\frac{1}{3}$ vasolabil ist. Diese Zahlen gelten für diejenigen Kinder, die heute noch unter dem Krankheitsbild der Neurose leiden. Von den ursprünglich 260 Patienten waren primär 190 Kinder vasolabil, 143 sind heute von diesem Teilsymptom geheilt oder ganz ausgeheilt.

Von 70 primär nicht vasolabilen Kindern wurden nur 14 vasolabil. Die Annahme, daß die gleichzeitig vegetativ stigmatisierten Kinder weniger leicht heilbar wären, also zu den schwereren Fällen gehören, trifft offenbar nicht zu, da das Verhältnis der „Vasolabilen“ und „Nichtvasolabilen“ bei den geheilten (90:31) und ungeheilten (100:41) nahezu gleich ist (vgl. Abb. 4).

Die große Anzahl nicht nur nervöser, sondern gleichzeitig vegetativ stigmatisierter Kinder in allen Altersgruppen widerlegt die Auffassung, die Vasolabilität sei hauptsächlich ein Krankheitssymptom des Pubertätsalters. Möglicherweise steht dieses Phänomen des frühen Auftretens der Vasolabilität mit der allgemein beobachteten Vorverlegung der Pubertät in Zusammenhang. Bei den untersuchten 9- bis 14jährigen sind 88,5% der an einer Neurose erkrankten Kinder vegetativ labil, bei den 6- bis 8jährigen sind es 76,5%, und bei den Kleinkindern leiden 61% unter diesem zusätzlichen Krankheitszeichen.

Offenbar hat die Labilität des Vegetativums in den letzten Jahren ihre Alterswendigkeit verloren, denn bei ähnlichen Untersuchungen am gleichen Krankengut in den Jahren 1951/52 zeigten zwar von den damals neuropathischen Schulkindern ebenfalls bereits 85% zusätzlich vegetative Dysfunktion, aber von den neuropathischen Kleinkindern nur 36% (12).

Da über die Alterswendigkeit der einzelnen neurotischen Symptome noch nicht sehr viele fundierte Beobachtungen vorzuliegen scheinen, wurde in vorliegender Arbeit auch dieser Frage nachgegangen. Im Schrifttum findet sich die Auffassung niedergelegt, daß die Störungen des vegetativen Nervensystems überwiegend ältere Kinder belasten und eine starke Zunahme in der Pubertät erfahren (11), eine Beobachtung, die, wie vorhin erwähnt, wenigstens im hiesigen Krankengut einen gewissen Wandel erfahren hat. Bekannt ist ferner, daß sich in der Zeit der ersten Trotzphase, also um das dritte Lebensjahr, das Stottern als Teilsymptom einer Neurose besonders häufig manifestiert und daß Nabelkoliken ihr Prädispositionsalter zwischen fünf und sieben Jahren haben, die äußersten Altersgrenzen der letzteren aber bei vier und vierzehn Jahren liegen können.

Auch in dem vorliegenden Studie zugrunde liegenden Krankengut fand sich das Symptom Stottern in der Gruppe der Kleinkinder (vgl. Abb. 5) häufiger als in den anderen Altersgruppen, daneben aber auch die Symptome Erbrechen, Pavor nocturnus, Appetitlosigkeit, Zappeligkeit, Ängstlichkeit und „Zuckungen“. Daß der Pavor nocturnus, das Stottern und die Ängstlichkeit gerade in dieser Altersgruppe mehr in Erscheinung treten, könnte sich daraus erklären, daß der Pavor nocturnus neben einer großen Beeindruckbarkeit, das Stottern neben einer verhältnismäßig geringen Beherrschung der Sprache und auch die Ängstlichkeit vorwiegend eine Reaktion auf die geringe Überlegenheit über die Umwelt darstellen könnte. Fanconis Erklärung, das Stottern sei durch das Trotzalter bedingt, beruht ebenfalls auf dieser Überlegung. Die Möglichkeit, die vorhandenen Aggres-

sionen anderweitig abzureagieren, ist beschränkt, und so kann die Angst vor dem Durchbruch der Aggression schon zu der Erscheinung des Stotterns führen. Die oben angeführten Gründe könnten auch für das überwiegende Vorkommen der Symptome „Zuckungen“, Zappeligkeit und Appetitlosigkeit in dieser Altersgruppe angenommen werden. Das häufige Auftreten von Erbrechen bei den Kleinkindern entspricht der allgemeinen Erfahrung. Daß die Symptome Müdigkeit und Kopfschmerzen gerade in dieser Gruppe im Verhältnis zu den älteren Kindern weniger oft in Erscheinung treten, läßt sich wahrscheinlich daraus erklären, daß an diese Kinder noch keine wesentlichen intellektuellen Überforderungen gestellt werden; auch die Konzentrationsschwäche tritt deshalb hier nicht in Erscheinung. Daß das Symptom Schreckhaftigkeit bei den Kleinkindern nicht registriert wurde, ist gegen das Erwarten und auch gegen die Erfahrung; wahrscheinlich haben die befragten Eltern nicht zwischen Schreckhaftigkeit und Ängstlichkeit unterschieden.

Bei den von uns untersuchten Schulkindern von 6–8 Jahren (vgl. Abb. 5) zeigten sich die Symptome Enkopresis, Kopfschmerzen, Schreckhaftigkeit, Übelkeit und Nabelkoliken häufiger als in den beiden anderen Altersgruppen; die Nabelkoliken in Übereinstimmung mit der in der Literatur festgelegten Auffassung, daß diese überwiegend im Alter von 5–7 Jahren aufzutreten pflegen. Mit Ausnahme der Schreckhaftigkeit finden womöglich diese Ausdrucksformen der Neurose ihre Erklärung im erwachenden Organbewußtsein. Seltener als bei den Kleinkindern und älteren Schulkindern fanden sich bei den jüngeren Schulkindern Schlaflosigkeit, Erbrechen, Enuresis, Tic, Zappeligkeit, Ängstlichkeit, gesteigerte Reflexe und Bauchschmerzen. Stottern und Konzentrationsschwäche traten überhaupt nicht auf. Bei den überprüften Schulkindern von 9–14 Jahren (vgl. Abb. 5) dominierten im Verhältnis zu den beiden anderen Altersgruppen die neuropathischen Krankheitszeichen Schlaflosigkeit, Tic, Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, gesteigerte Reflexe, Bauchschmerzen und Vasolabilität. Jedoch war der Unterschied in der Häufigkeit der Manifestation der Vasolabilität zwischen den drei Altersgruppen auffallend gering, und es zeigte sich, daß die starke, in der Literatur immer wieder erwähnte Zunahme der Vasolabilität in der Pubertät im hiesigen Krankengut bereits bei den jüngeren Schulkindern eintritt (6- bis 8jährige). Die starke Frequenz der Symptome Schlaflosigkeit, Tic, Müdigkeit und Konzentrationsschwäche bei den älteren Schulkindern im Gegensatz zu den anderen Gruppen erklärt sich vielleicht daraus, daß in dieser Altersgruppe besonders große Anforderungen an den Intellekt und die Leistungsfähigkeit gestellt werden. Verhältnismäßig am seltensten fanden sich in dieser Gruppe die Symptome Pavor nocturnus, Appetitlosigkeit und Nabelkoliken, und nicht ein einziges Mal manifestierte sich hier eine Enkopresis. Die Tatsache, daß das bei den Kleinkindern häufige Stottern nicht in der mittleren Altersgruppe, aber wieder bei den älteren Schulkindern erscheint, findet vielleicht eine Er-

klärung darin, daß man sich in diesem Alter bei zunehmendem Geltungsbedürfnis der Wichtigkeit der Sprache als eines Mittels, Anerkennung oder Ablehnung hervorzurufen, mehr und mehr bewußt wird.

Es wurden hier nur grobe Anhaltspunkte, die ursächlich zur Auslösung neurotischer Symptomatik beitragen könnten, aufgezeigt. Eine Klärung der neurotischen Problematik sollte keinesfalls versucht werden.

Um der Alterswendigkeit der einzelnen Symptome der kindlichen Neurose noch näher auf den Grund zu gehen, bzw. die statistische Sicherheit der Ergebnisse zu festigen, wurden sämtliche beobachteten Symptome eines jeden Krankheitsfalles notiert und nochmals an Hand dieser großen Zahl die prozentuale Häufigkeit der einzelnen Krankheitszeichen in den verschiedenen Altersgruppen geprüft. Die Ergebnisse dieser Berechnungsmethode stimmen, wie aus Abb. 6 I, 6 II und 6 III ersichtlich, mit den vorhin erwähnten Resultaten über die Alterswendigkeit neurotischer Symptome bei nervösen Kindern durchaus überein.

Es läßt sich nun auch mit relativ großer Sicherheit feststellen, welche Symptome in erster Linie zu erwarten sind, wenn man ein nervöses Kind einer der drei erwähnten Altersgruppen zur Untersuchung bekommt.

Auch die Ergebnisse dieser Erhebungen sind aus den Abbildungen 6 ersichtlich.

Dasjenige Symptom, mit dem in erster Linie gerechnet werden muß, ist auf erster Stelle der Abszisse registriert, ihm wurde der Stellenwert I zugeteilt. Das zweithäufigste nervöse Zeichen nimmt den Stellenwert II ein usw.

In allen drei Altersgruppen dominierte als nervöses Symptom zwar die Vasolabilität, d. h., sie nimmt die erste Stelle in der Reihenfolge der zu erwartenden Symptome ein. Die prozentuale Beteiligung dieses Teilsymptoms an allen anderen registrierten nervösen Symptomen ist aber auch bei dieser Berechnungsmethode bei den Schulkindern viel höher als bei den Kleinkindern. Diesem Symptom kann also in allen drei Altersgruppen der Stellenwert I zugeteilt werden, d. h., es ist bei allen nervösen Kindern unabhängig vom Alter mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten, während sein prozentualer Anteil an den gesamten nervösen Symptomen bei den einzelnen Altersgruppen wie erwähnt variiert.

Erkranken die Kleinkinder (Abb. 6 I) an einer Neurose, so tritt die Vasolabilität mit 17% an erster Stelle (Stellenwert I) auf. Mit fast 16% folgte die Appetitlosigkeit an zweiter, und den nächsten Stellenwert (III) nahm die übermäßige Zappeligkeit mit 14% ein. In dieser Altersgruppe manifestierten sich die Symptome Erbrechen, gesteigerte Reflexe, Bauchschmerzen und Nabelkoliken, Schlaflosigkeit und Pavor nocturnus mit etwa 8% Wahrscheinlichkeit. Übelkeit, Ängstlichkeit, Kopfschmerzen, Tic, Enuresis, Stottern und „Zuckungen“, Müdigkeit und Enkopresis erscheinen hier mit nur 2% Wahrscheinlichkeit und also auch an den letzten Stellen (Stellenwerte IX–XVII).

Wie schon oben gesagt, steht auch bei den Schulkindern die Vasolabilität an erster Stelle, aber sie tritt bei ihnen mit der sehr hohen Wahrscheinlichkeit von 25 % auf. Bei den jüngeren Schulkindern (Abb. 6 II) folgt mit fast 16 % die Appetitlosigkeit an zweiter Stelle (Stellenwert II), und mit einer Möglichkeit von 6–8 % ist zu rechnen, daß Zappeligkeit, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Nabelkoliken, Übelkeit und gesteigerte Reflexe (Stellenwerte III–VII) das Krankheitsbild bestimmen. Pavor nocturnus, Müdigkeit und Schlaflosigkeit erscheinen mit 4–6 % Wahrscheinlichkeit (Stellenwerte VII–X). An letzter Stelle wurden bei den jüngeren Schulkindern die Symptome Erbrechen, Enuresis, Tic, Ängstlichkeit, Schreckhaftigkeit, Enkopresis und starke, ticartige Zuckungen gesehen (Stellenwerte XI–XVII), die mit einer Wahrscheinlichkeit von 1–2 % zu erwarten sind.

Die älteren Schulkinder (Abb. 6 III) weisen als zweithäufigstes Symptom ein überstarkes Reflexgeschehen auf. Es beteiligt sich mit 10,5 % an sämtlichen registrierten Symptomen dieser Altersgruppe. Mit 6–10 % erscheinen hier – in absteigender Frequenz – Appetitlosigkeit, Bauchschmerzen und Nabelkoliken, Zappeligkeit, Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen, während sich Übelkeit, Müdigkeit, Erbrechen, Tic und Konzentrationsschwäche mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit, nämlich der von 3–5 %, manifestieren (Stellenwerte III–XII). Eine Beteiligung von nur 0,5–2 % wiesen in diesem Alter die Krankheitszeichen Enuresis, Ängstlichkeit, Pavor nocturnus, „Zuckungen“, Stottern und Schreckhaftigkeit auf, d. h., sie sind erst in letzter Linie (Stellenwerte XIII–XVIII) zu erwarten (vgl. Abb. 6 I, 6 II und 6 III).

Eine Zusammenfassung der letzten Untersuchung zeigt, daß sich die Teilsymptome Erbrechen, Kopfschmerzen, Zappeligkeit, Müdigkeit, gesteigerte Reflexe und Pavor nocturnus bezüglich ihres Stellenwertes am unterschiedlichsten in den einzelnen Altersgruppen verhalten. Erbrechen z. B. steht bei den Kleinkindern in der Häufigkeit des Auftretens an 4. Stelle, bei den Schulkindern an 11., bzw. 10. Stelle (vgl. Abb. 6). Die Kopfschmerzen spielen bei den Kleinkindern eine untergeordnete Rolle, sie treten bei ihnen erst an 11. Stelle auf. Erstaunlicherweise sind bei jüngeren Schulkindern die Kopfschmerzen schon an 4. Stelle zu finden, während sie bei den älteren Schulkindern erst an 7. Stelle erscheinen. Die abnorme Zappeligkeit manifestiert sich hinsichtlich ihrer Häufigkeit des Auftretens bei den Kleinkindern und den 6- bis 8jährigen an 3. Stelle, doch darf nicht übersehen werden, daß die prozentuale Beteiligung dieses Symptoms an den Gesamtsymptomen der Altersklasse bei den Kleinkindern 14 % beträgt, bei den Schulkindern aber nur 8 %. Bei den älteren Schulkindern ist die Zappeligkeit ebenfalls mit 8 % an den nervösen Symptomen beteiligt, doch steht sie hier erst an 5. Stelle. Die Müdigkeit tritt bei den Kleinkindern ganz in den Hintergrund und nimmt mit 1,7 % den Stellenwert SVI ein. Bei den jüngeren und älteren Schulkindern steht sie mit je 4 % Beteiligung

immerhin schon an 9. Stelle. Auffallend ist weiterhin, daß bei den älteren Schulkindern die überstarken Reflexe mit einer relativen Häufigkeit von 10,5% auftreten und damit an die 2. Stelle in der Manifestation der einzelnen Symptome rücken. Bei den kleineren Schulkindern stehen sie mit 6% an 7. und bei den Kleinkindern mit 8% an 5. Stelle. Der Pavor nocturnus ist bei den Kleinkindern wie auch bei den jüngeren Schulkindern noch relativ häufig (Stellenwert VIII), bei ersteren mit 5,7% an den Gesamtsymptomen beteiligt, bei letzteren mit 4,5%. Bei den Schulkindern dagegen erscheint er mit 1,2% erst an 15. Stelle.

Interessant in diesem Zusammenhang ist ferner, daß gewisse nervöse Symptome in den verschiedenen Altersgruppen überhaupt nicht auftreten. So findet man bei Kleinkindern keine abnorme Schreckhaftigkeit und keine Konzentrationsschwäche. Letztere tritt auch bei den jüngeren Schulkindern nicht auf, bei welchen sich das Stottern als Teilsymptom im untersuchten Krankengut ebenfalls nicht manifestiert. Bei den älteren Schulkindern verschwindet die Enkopresis als Ausdrucksform neurotischer Symptomatik (vgl. Abb. 6 I, 6 II, 6 III).

Eines der wesentlichsten aller im vorausgehenden dargelegten Ergebnisse scheint uns, daß diejenigen Patienten, die in den Jahren 1951/52 als Kleinkinder erkrankten, die schlechtesten Heilungserfolge aufwiesen. Vielleicht erklärt sich das Phänomen aus der Tatsache, daß die ersten Lebensjahre dieser Kinder in starkem Maße durch die steigende Unruhe und Hast der Zeit nach der Währungsreform belastet wurden. Die wiederhergestellte Kaufkraft des Geldes und das Streben nach einem höheren Lebensstandard, aber auch häufig die Notwendigkeit, den durch die Kriegsereignisse verlorenen Ernährer der Familie zu ersetzen, ließ immer mehr Mütter in das Berufsleben abwandern. Diejenigen der kleinen Patienten, die 1952 im Schulalter erkrankten, hatten immerhin noch eine vergleichsweise ruhige Säuglings- und Kleinkindzeit hinter sich gebracht; von den Schrecknissen des Krieges wurden sie nur wenig berührt, da das für ihre Lebensphase wichtigste Moment, nämlich die Gemeinschaft und der innige Kontakt mit der Mutter, in den meisten Fällen erhalten war – bestand doch in der damaligen Zeit deren einzige Aufgabe in der Fürsorge um die Familie. Offenbar werden Kinder, wenn sie in der allerersten Lebenszeit besonders schweren psychischen Belastungen ausgesetzt sind, stärker und dauerhafter ungünstig beeinflusst, als wenn die Belastung erst in späteren Jahren einsetzt. Es sollte deshalb auch heute nicht versäumt werden, wenigstens den Jüngsten diese Basis körperlicher und seelischer Gesundheit zu bieten. Nochmals auf die mannigfaltigen Faktoren, die die Voraussetzung dafür sind, hinzuweisen, erübrigt sich. Deren wichtigste aber, nämlich die mütterliche Fürsorge und die Nestwärme einer Familie, insbesondere dem Kleinkinde nicht zu entziehen, sollte eine der dringlichsten Aufgaben jeder verantwortungsbewußten Gesundheitsfürsorge sein.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Nachuntersuchung von 260 neuropathischen Kindern, die in den Jahren 1951/52 erstmals in der poliklinischen Sprechstunde der Universitätskinderklinik München diagnostiziert und behandelt wurden, hatte folgendes Ergebnis:

1. 38,1% der erkrankten Kinder heilten völlig aus; 7,7% zeigen noch leichte nervöse Störungen (Konzentrationsschwäche und Zappeligkeit); 24,2% bieten heute das Krankheitsbild schwerer Nervosität; 25,4% weisen heute eine Organneurose auf.
2. Die Ausbildung einer echten Organerkrankung als Folge einer jahrelang bestehenden Organneurose konnte nicht festgestellt werden.
3. Aus der ursprünglichen Anzahl der Krankheitssymptome des Einzelfalles läßt sich keine Folgerung auf die Schwere, bzw. Heilungstendenz der Krankheit ziehen.
4. Aus der ursprünglichen Symptomkonstellation ist ebenfalls nicht auf den weiteren Verlauf zu schließen.
5. Ferner ist es für den Krankheitsverlauf nicht bedeutsam, ob sich die nervösen Symptome bereits primär auf ein Organ beziehen oder nicht (Organmanifestation).
6. Die Heilungstendenz ist aber vom Erkrankungsalter der Patienten abhängig: Die in der Kleinkindzeit erkrankten haben die geringsten Heilungsaussichten.
7. Bei den ungeheilten Fällen wurde zuweilen eine vollständige oder auch nur teilweise Umwandlung der ursprünglichen Krankheitssymptome beobachtet.
8. Vegetative Dysfunktion bedeutet keinen schwereren Krankheitsgrad, denn zusätzlich vegetativ stigmatisierte Kinder haben dieselben Heilungsaussichten.
9. Die vegetative Stigmatisation tritt in allen Altersgruppen mit einem hohen Prozentsatz auf. Der Frequenzgipfel der Pubertät – der in der Literatur besonders betont wird – erfährt in dem der Arbeit zugrunde liegenden Krankengut eine Vorverlegung in das jüngere Schulalter (6- bis 8jährige).
10. Gewisse Symptome zeigen eine unseres Wissens in der Literatur bisher nicht erwähnte Alterswendigkeit.

11. In den einzelnen Altersgruppen (Kleinkinder, jüngere Schulkinder, ältere Schulkinder) prägen bestimmte neurotische Symptome das Krankheitsbild, so finden sich in absteigender Frequenz:

- | | |
|----------------------------|---|
| bei Kleinkindern: | Vasolabilität
Appetitlosigkeit
Zappeligkeit
Erbrechen
gesteigerte Reflexe |
| bei jüngeren Schulkindern: | Vasolabilität
Appetitlosigkeit
Zappeligkeit
Kopfschmerzen
Bauchschmerzen und Nabelkoliken |
| bei älteren Schulkindern: | Vasolabilität
gesteigerte Reflexe
Appetitlosigkeit
Bauchschmerzen und Nabelkoliken
Zappeligkeit |

LITERATURANGABEN

- (1) Weizsäcker, V. v. Körpergeschehen und Neurose
Stuttgart 1947
- (2) Handbuch der Inneren Medizin, Band V 3
- (3) Freud, S. Sammlung kleiner Schriften zur Neurosen-
lehre
Leipzig-Wien 1911
- (4) Schultz – Hencke Analytische Psychotherapie und Psychose
Stuttgart 1952
- (5) Schulz, J. H. Grundfragen der Neurosenlehre
Stuttgart 1955 Thieme Verlag
- (6) Fanconi – Wallgren Lehrbuch der Pädiatrie
Basel 1958 Verlag Schwabe & Co.
- (7) Benjamin, H. Lehrbuch der Psychopathologie des Kindes-
alters
Zürich–Leipzig 1938 Rotapfel-Verlag
- (8) Hamburger – Priesel Kinderheilkunde
Wien 1940 Franz-Deuticke-Verlag
- (9) Thomsen, C. B. Eltern ohne Zeit
Dtsch. med. Wschr. (1956) 2105–2106
- (10) Feiereis, H. Beurteilung und Behandlung vegetativer
Störungen in der Praxis
Verlag der Riegerschen Univ.-Buchhandlungen
München
- (11) Opitz de Rudder Pädiatrie
Wien 1957 Springer-Verlag
- (12) Berlin, S. v. Krankengut einer poliklinischen Kinder-
sprechstunde als Spiegelbild der Zeit
Mchn. Med. W.-Schrift 1953, Nr. 42

Am Ende der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Frau Priv.-Doz. Dr. von Berlin für die freundliche Überlassung des Themas und für die stets wertvolle Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit zu danken.

LEBENS LAUF

Am 2. Mai 1934 als zweite Tochter des Notars Dr. jur. Hermann Rosenbauer und seiner Ehefrau Gunda, geb. Balzer, in Bergzabern geboren. Von 1939 bis 1944 Besuch der Volksschule in Rückersdorf/Mfr., Nürnberg und Hersbruck/Mfr.

Von 1944 bis 1953 Besuch der Städtischen Mädchenoberrealschule in Nürnberg. 1953 Reifeprüfung. Wintersemester 1953/54 Beginn des medizinischen Studiums in Erlangen, 1956 ärztliche Vorprüfung in Innsbruck. 1959 Meldung zum Medizinischen Staatsexamen in München.

Abschluß der ärztlichen Prüfung am 27. 1. 1960.

Anschließend 6 Monate als Medizinalassistentin an der Universitätsnervenklinik in München tätig. Seit 1. November 1960 als Medizinalpraktikantin an der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Landshut.

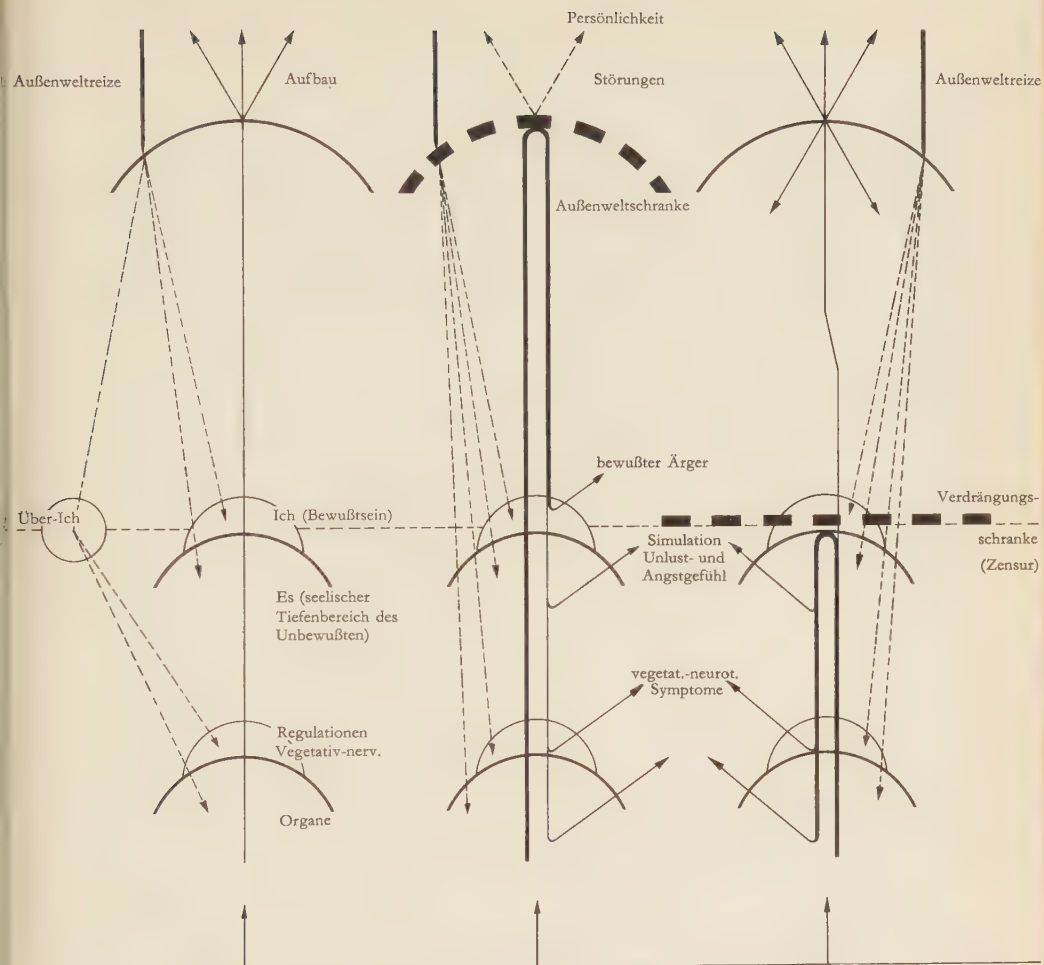


Abb. 1 Darstellung der Entstehung Psychogener Erkrankungen (nach Fanconi):

Legende:

„Wie eine kleine Kappe sitzt das Bewußtsein, das ‚Ich‘ auf dem großen Tiefenbereich des Unbewußten, dem ‚Es‘. Sind die endogenen seelischen Energien zu stark, oder die sie anfachenden äußeren Reize zu groß oder die Ausweichmöglichkeiten nach außen, sei es durch Außenweltbarriere oder durch die innere Zensur (Verdrängungsschranke), zu sehr eingeengt, so kann eine Konversion in die eine oder andere Schicht der Persönlichkeit erfolgen. Gelingt die Konversion nicht, weil die endogene Verarbeitungsfähigkeit zu schwach ist, so treten allmählich tiefgreifende Persönlichkeitsveränderungen für das ganze Leben auf, etwa in Form von Störungen des Kontaktes mit den Mitmenschen.“ (Fanconi)

Abb. 2 Ausschnitt aus dem an die Eltern ehemaliger neuropathischer Kinder versandten Fragebogen:

1. Bestehen bei Ihrem Kind noch nervöse Beschwerden? ja/nein
2. Wie äußern sich diese? (Bitte Zutreffendes unterstreichen)
Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Nabelkoliken, Blasen Schwäche mit Einnässen, Mastdarmschwäche mit Einkoten, nervöse Zuckungen oder Krämpfe, Farbwechseln, Ohnmachten, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Ängstlichkeit oder Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwäche oder Zappeligkeit in der Schule oder Beruf?
Weiteres:
Persönliche Bemerkungen:
3. Hat oder hatte Ihr Kind Schulschwierigkeiten? ja/nein
Gegebenenfalls welche?
4. Welchen Beruf hat Ihr Kind ergriffen?
5. Hat es Schwierigkeiten im Beruf? ja/nein
Gegebenenfalls welche?
6. Ist bei Ihrem Kind im Laufe der Jahre ein Organleiden, Herzkrankheit, Magen-, Darmleiden, Krampfleiden, chronisches Blasenleiden oder ähnliches aufgetreten, dessentwegen öfters ärztliche Behandlung nötig war oder ist? ja/nein
Gegebenenfalls welche Leiden?
7. Ist oder war die Mutter des Kindes berufstätig? ja/nein
Kleinkinder 6–8jährige Schulkinder 9–14jährige Schulkinder

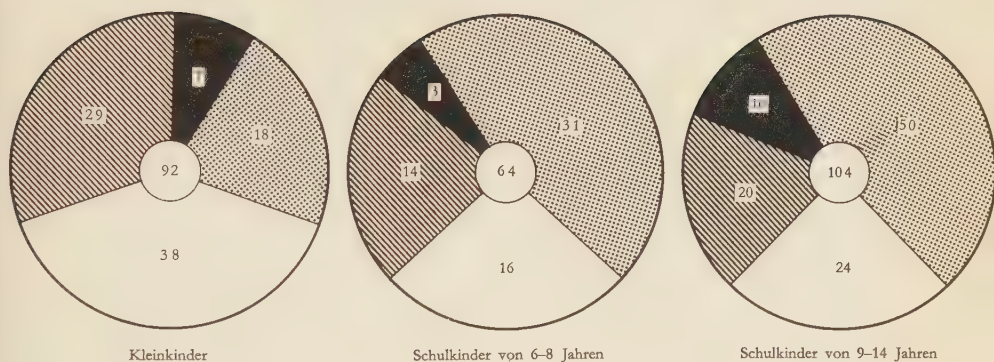
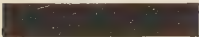
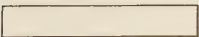


Abb. 3 Darstellung der Heilungstendenz der kindlichen Neurose, wie sie sich bei 260 an der Universitätskinderklinik München (Haumersches Kinderspital) untersuchten neuropathischen Kindern nach einer Beobachtungszeit von 7 Jahren (1951-1958) fand.

Legende:

Die jeweilige Altersangabe der Kinder bezieht sich auf den Beginn der Beobachtungszeit. Die Kreiseinteilung wurde nach der Berechnung $360 \times$ vorgenommen, wobei y die Gesamtzahl der Kinder in der betreffenden Altersstufe, x die Zahl der Kinder in den einzelnen Heilungsgruppen der jeweiligen Altersstufe ist.

	= Gruppe Ia	(völlig ausgeheilt)
	= Gruppe Ib	(konzentrationschwach und zappelig)
	= Gruppe II	(nervöse Störungen)
	= Gruppe III u. IV	(organisch geäußerte Beschwerden)

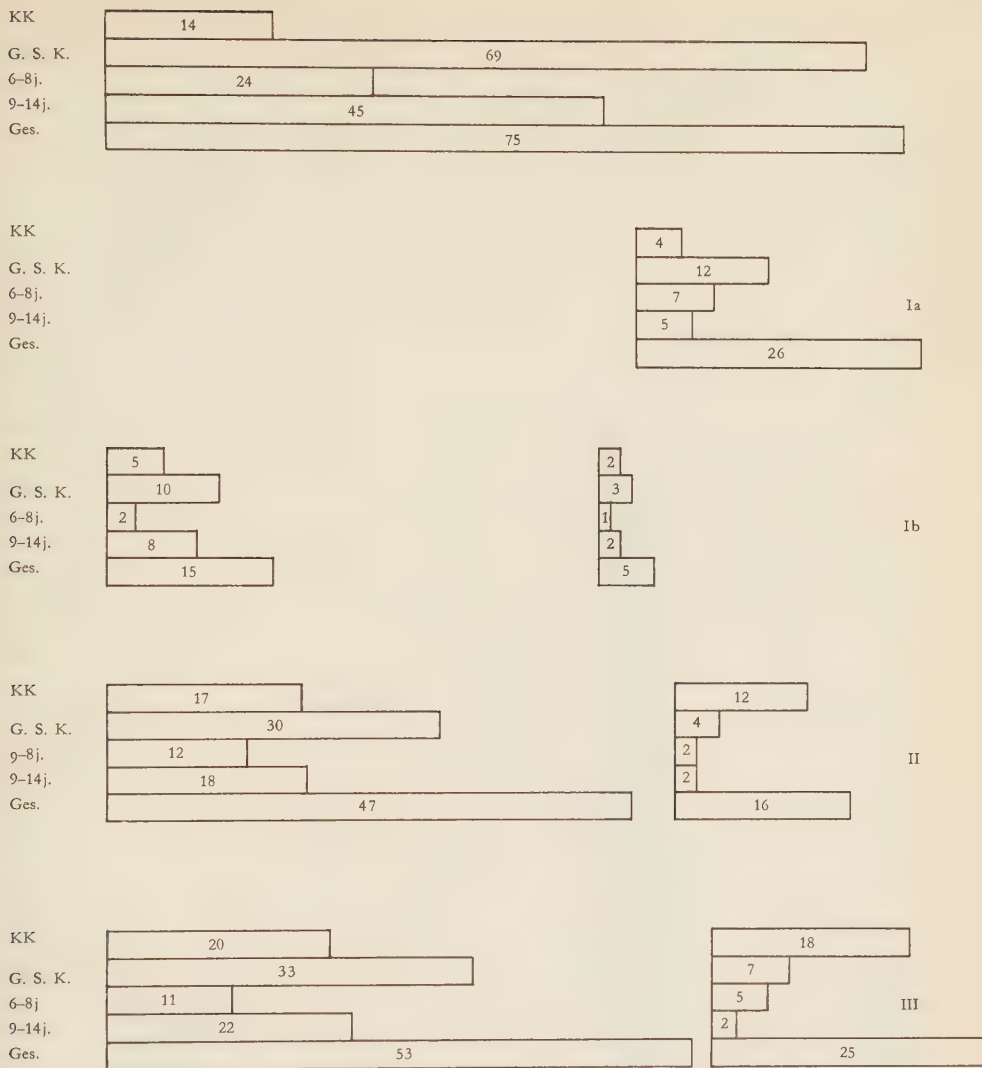


Abb. 4 Darstellung der Verteilung des vegetativen Symptoms bei Behandlungsbeginn, differenziert in vier Heilungsstadien (Ia, Ib, II, III)

Legende:

KK Kleinkinder
 G. S. K. Gesamtzahl der Schulkinder
 6-8j. Schulkinder von 6-8 Jahren
 9-14j. Schulkinder von 9-14 Jahren
 Ges. Gesamtzahl aller Kinder

Ia Gruppe der heute ganz ausgeheilten Kinder
 Ib Gruppe der nahezu geheilten Kinder (leiden heute nur an Konzentrationsschwäche und Zappeligkeit)
 II Gruppe der heute noch kranken Kinder (ohne Organmanifestation)
 III Gruppe der heute noch kranken Kinder (mit Organmanifestation)

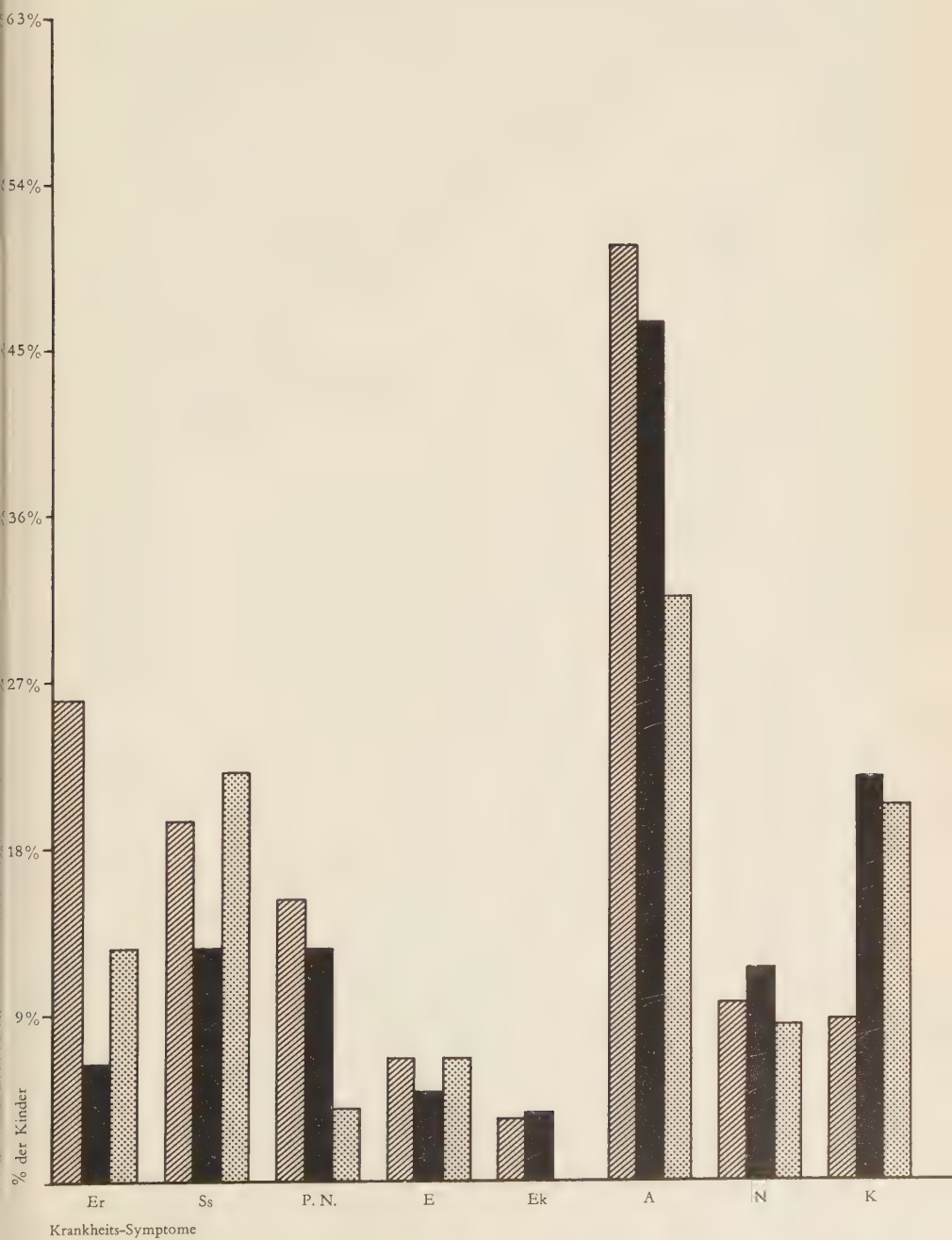
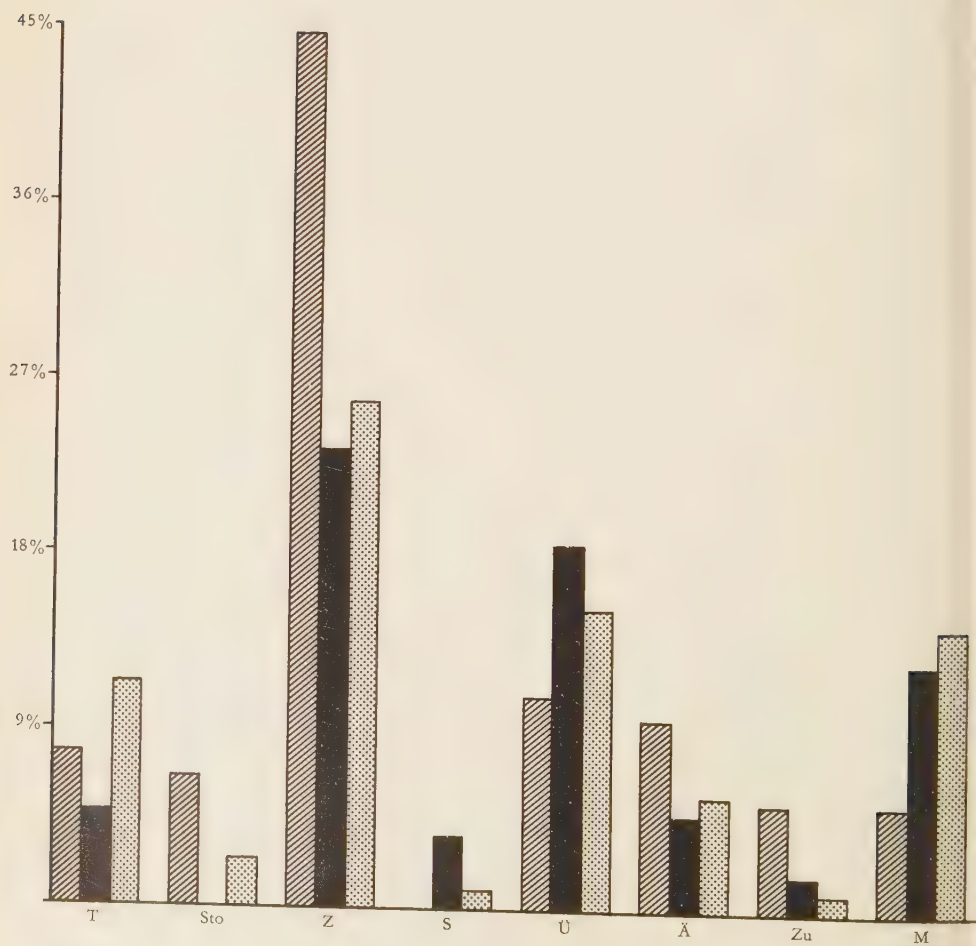


Abb. 5 *Darstellung der Alterswendigkeit der einzelnen Krankheitssymptome in drei Altersklassen: Kleinkinder, Schulkinder von 6-8 Jahren, Schulkinder von 9-14 Jahren.*



72%

63%

54%

45%

36%

27%

18%

9%



Kleinkinder

Schulkinder von
6-8 JahrenSchulkinder von
9-14 Jahren

Ko V R B

- | | |
|-------|-----------------------|
| Er | Erbrechen |
| Ss | Schlaflosigkeit |
| P. N. | Pavor nocturnus |
| E | Enuresis |
| Ek | Enkopresis |
| A | Appetitlosigkeit |
| N | Nabelkoliken |
| K | Kopfschmerzen |
| T | Tic |
| Sto | Stottern |
| Z | Zappeligkeit |
| S | Schreckhaftigkeit |
| Ü | Übelkeit |
| Ä | Angstgefühl |
| Zu | „Zuckungen“ |
| M | Müdigkeit |
| Ko | Konzentrationschwäche |
| V | Vasolabilität |
| R | gesteigerte Reflexe |
| B | Bauchschmerzen |

